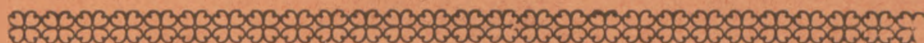
№ 2 WARSZAWA, LUTY 1935 ROK VII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**





TRICALCINE

UWAPNIENIE ZUPEŁNE ORGANIZMU
otrzymuje się tylko zapomocą

TRICALCINE

Sole wapni przyswajalne

GRUŹLICA płuc i kości

Krzywica-Zołzy-Rekonwalescencja
Wyniszczenie organizmu
Okres ząbkowania-Próchnica zębów
Podczas ciąży i Karmienia
Przy złamaniach Kósci

TRICALCINE PURE
w proszku, table-tkach i opłatkach
TRICALCINE
czekoladowa
wyłącznie dla dzieci
TRICALCINE
Methylarsinee
Adrenalinee
Fluoree
tylko w opłatkach

Próbki i literatura na żądanie P.P. Lekarzy
Laboratoire des Produits Scientia - 21, rue Chaptal Paris

DEMALGON

-CHINOIN-

ANALGETICUM NOVUM

RURKI PO:
10 LUB 20 TABL. à 0,45 g.
PROSZEK DO RECEPT

NOVURIT

-CHINOIN-

NIETRUJĄCY RTĘCIOWY
ŚRODEK MOCZOPĘDNY
Z THEOPHYLLINĄ

PUDEŁKA PO:
5 LUB 10 AMP. à 1,1 cm³.
5 " 10 " à 2,2 cm³.

PERPARIN-CHINOIN

MYOTROPOWY ŚRODEK SPAZMOLITYCZNY

RURKI PO: 20 TABL. à 0,04 g.
PUDEŁKA PO: 6 AMP. à 0,04 g.
PROSZEK DO RECEPT

w POŁĄCZENIU

NOVATROPIN-CHINOIN

NEUROTROPOWY ŚRODEK SPAZMOLITYCZNY
TOKSYCZNOŚĆ 50-KROTNIE MNIEJSZA OD ATROPINY

RURKI PO: 20 TABL. à 0,0025 g.
PUDEŁKA PO: 3 i 6 AMP. à 0,0025 g.
PROSZEK DO RECEPT

CHINOIN
FABR. PRZETW. CHEM. FARM. S. A.
UJPESZT koło BUDAPESZTU

GEN. PRZEDST. BRESZEL i BRUZDA WARSZAWA, Ś-to KRZYSKA [illegible]

№ 2. WARSZAWA, LUTY 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. ZDZISŁAW ŁAPIŃSKI.

ISTOTA I METODY WSPÓŁCZESNEJ DJAGNOSTYKI.

Zdanie sobie dokładnej sprawy z całokształtu życia chorego, uświadomienie sobie kompleksów dodatnich i ujemnych, — czy to natury psychicznej, czy też fizycznej — mających wpływ na organizm jego i wreszcie wszechstronne zbadanie obecnego stanu chorego organizmu, — oto jest współczesne pojęcie istoty djagnostyki. Tak dokładne ujęcie „tematu", jakim jest chory organizm, nastąpiło stosunkowo niedawno, a mianowicie wówczas, gdy wraz z postępem różnych gałęzi wiedzy lekarskiej, zrozumiano, iż np. środowisko, praca zawodowa, obarczenie dziedziczne, konstytucja osobnicza mają nie tylko wpływ znaczny na modulację różnych chorób, lecz także same nawet mogą być źródłem zachorzeń. Jeśli tak zrozumiemy istotę djagnostyki, to uwidoczni się nam równocześnie i to, że forma jej obecna nie tyle od postępu techniki współczesnej zależy, ile od rozwoju i skrystalizowania się pojęć o żywym organiźmie. Owo szerokie przyrodnicze, ekonomiczne i socjalne ujęcie chorego i choroby stworzyło podstawy dla djagnostyki współczesnej, może nie mniejsze, jak i udoskonalone metody badań, które w znacznym stopniu zawdzięczają swe powstanie rozwojowi kolosalnemu techniki. Prześledźmy teraz jakiemi metodami posługuje się lekarz przy rozpoznawaniu chorób, do czego myśl jego zdąża i jak buduje sobie pojęcia o poszczególnej chorobie.

Dane, na podstawie których ustala się rozpoznanie chorób, są nadzwyczaj różnorodne. Należą do nich: skargi chorego, wskazówki osób z otoczenia, dane dziedziczne, wogóle wywiad danego schorzenia (anamnesis morbi), wywiad życia (anamnesis vitae), przedmiotowe badanie,

wreszcie wszystko, co zostaje wyświetlone podczas obcowania z chorym. Śród uzyskanych danych stwierdza się szereg osobliwości i odchyleń przedmiotowych lub podmiotowych, które nazywamy *objawami*. Objawy są podstawą klinicznego i stosowanego pojęcia o chorobie. Z objawów, spostrzeganych w chwili badania, składa się stan obecny (status praesens). Dodając do status praesens historję rozwoju i pochodzenia objawów, również dodając te objawy, które występowały przedtem, zaś później zniknęły i znane są tylko z wywiadu, uzyskujemy *obraz chorobowy*. Obraz chorobowy określa dane schorzenie bardziej wyczerpująco niż status praesens.

Doświadczenie wielu wieków poucza, iż liczne objawy powtarzają się, bardzo wiele objawów spotyka się często w pewnych zespołach, objawy nadto rozwijają się niekiedy w jednakowej kolejności i prowadzą do podobnych następstw. Z takich często spotykanych znamiennych zespołów objawowych tworzy się kliniczne pojęcie o danej chorobie. Przystępując do ustalenia rozpoznania, lekarz opiera się na obrazie chorobowym danego przypadku. prócz tego posiada on, na podstawie nauki i własnego doświadczenia zdobytych, znajomość dużej liczby objawów i chorób. Po stwierdzeniu jakiegoś objawu lub zespołu objawów (a) lekarz przypomina sobie przy jakich chorobach ten objaw lub zespół objawów był przez niego spostrzegany lub został opisany przez innych. Wówczas buduje on hipotezę o istnieniu w odnośnym przypadku danej choroby. W ten sposób powstaje przypuszczenie o istnieniu tej lub innej choroby A, która posiad szereg objawów (a, b, c...). Teraz następuje porównanie przypuszczalnej choroby A z typowym jej obrazem. Jeżeli się okazuje, iż prócz a niema objawów wspólnych dla przypuszczalnej choroby i danego przypadku, wówczas pierwotne przypuszczenie o chorobie A zostaje obalone. Zamiast choroby A należy przypuścić chorobę B z objawami a‘, b‘, c‘ i t. d. Cały ten proces porównania zostaje przerobiony tem szybciej, im lekarz jest bardziej doświadczony. Możnaby proces ten porównać do posługiwania się pojęciami podobieństwo — niepodobieństwo. Tego rodzaju rozpoznanie jest łatwe i proste, jeżeli jest ono oparte na dostatecznej liczbie znamiennych objawów.

Tego rodzaju porównanie jest metodą bardzo częstą w naukach opisowych. Botanik i zoolog, określając roślinę lub zwierzę, i lekarz ustalający rozpoznanie choroby, znajdują się w podobnej sytuacji; jednak sytuacja lekarza jest o wiele trudniejsza: objawy kliniczne są o wiele bardziej złożone od danych nauk opisowych, gdyż dużą rolę odgrywają w nich czynność i czas. Złożona budowa obrazu chorobowego nie byłaby trudną do określenia, gdyby nie istniała jedna zasadnicza przeszkoda. Chodzi o to, że rozpoznanie należałoby oprzeć na podziale objawów. Tymczasem każdy podział jest oparty na istnieniu oznak stałych, kliniczny zaś obraz schorzenia jest ubogi pod względem stałych oznak i ulega

zmiennym przeobrażeniom o wiele więcej, niż gatunki roślin i zwierząt. W podręcznikach, opisowi choroby zawsze towarzyszą wskazówki na możliwość jej dużej różnorodności. Poszczególne objawy czasem zupełnie wypadają, inne mogą się zmienić nie do poznania (wielopostaciowość objawów). Zbieżność objawów, istniejąca w „czystych" niepowikłanych przypadkach, ustaje, gdy zjawiają się niektóre powikłania. Wówczas ogólne podobieństwo zatraca się, rozpoznanie nie może być ustalone. Nie dość na tem, liczne choroby, przynajmniej w ciągu tego lub innego okresu swego rozwoju nie wykazują żadnych objawów ani przedmiotowych ani podmiotowych. Tłumaczy się to tem, że istnieje wiele oznak chorobowych, które są niedostępne dla obserwacji klinicznej, natomiast są dostępne tylko dla badania anatomicznego, histologicznego i t. d. Botanik i zoolog mogą przedmioty swych badań poddawać rozbiorowi anatomicznemu, zaś lekarz, mający do czynienia z chorym człowiekiem, ograniczony jest w swoich metodach badania i obserwacji. Wynika stąd, iż lekarz może rozpoznawać choroby na podstawie nie wszystkich właściwych im oznak, lecz tylko na podstawie niektórych, właśnie tych, które są dostępne badaniu klinicznemu t. j. objawów. Wskutek tego djagnostyka byłaby rzadko możliwa, gdyby do poznania chorób nie stosowano prócz metody opisowej również metodę interpretującą. Szczegółowa znajomość wielu objawów chorobowych wskazuje, iż występowanie powtarzających się objawów i zespołów nie jest przypadkowe; bardziej wszechstronne badanie ujawniło, że oznaki chorób mogą być wyraźnie ze sobą powiązane. Między poszczególnemi objawami czasem istnieje tak oczywista zależność, że nie są wymagane szczególne wiadomości, aby tę zależność zrozumieć (ból — bezsenność — wycieńczenie, nieprawidłowa konfiguracja kończyny i chromanie). Lecz szczególnie jest ważny związek jawnych objawów klinicznych z objawami, niedostępnemi dla obserwacji klinicznej, utajonemi, lecz niezbędnemi dla charakterystyki choroby. Ani anatomja ani fizjologja nie są wystarczające do wyjaśnienia związku oznak choroby między sobą. Anatomja i fizjologja dają pojęcie o ustroju, na każdym kroku regulują bieg myśli djagnostycznej i pomagają w badaniu chorego; lecz anatomja i fizjologja nie udzielają szczególnej uwagi sprawie, jakie prawidłowe czynności pod wpływem warunków życiowych ulegają zaburzeniom i jakie powstają przytem nowe zjawiska Poszczególny narząd i poszczególna czynność nie znajdują się w ustroju w odosobnieniu, lecz dzięki układowi nerwowemu i drogą humoralną znajdują się we wzajemnym związku. Dlategoteż przy zmianach czynności lub budowy jakiegokolwiek narządu zostają wciągnięte do obrazu patofizjologicznego również inne narządy. W następstwie tworzy się bardzo złożony obraz chorobowy. Można wówczas, tylko w przybliżeniu przewidzieć, jakie powstać mogą objawy. W ten sposób nie zawsze można myślowo zbudować objaw jako wniosek z normalnej anatomji i fizjologji.

Dopiero klinika, badanie pośmiertne i doświadczenie wyświetlają tę dziedzinę. Dzięki tym wszystkim badaniom liczne objawy uzyskują wytłumaczenie. Zawsze szuka się związku danego objawu z innemi, samo zaś pojęcie objawu zostaje znakomicie uzupełnione, jeżeli uwzględnić i wytłumaczyć jego zjawianie się lub pochodzenie. Większość objawów zależy od określonego narządu lub od określonej czynności (żółtaczka, białkomocz, odkasływanie plwociny, zwiększenie śledziony, wole). Czasem zależność ta jest tak wyraźna, że objawu się wcale nie opisuje, lecz poprostu mówi się o narządzie. Naprzykład zamiast tego, aby powiedzieć, że „gładkie, płaskie ciało wyczuwa się w lewem podżebrzu" mówi się o zwiększeniu śledziony, chociaż takie wnioski nie zawsze są słuszne. Dla innych objawów związek z narządem jest niewyraźny i umiejscowienia objawu nie można określić (apetyt, samopoczucie, wzniesienie ciepłoty). Wtych przypadkach ustala się zależność między objawem o innym procesem patologicznym (naprzykład zakażenie i gorączka, nowotwór i charłactwo). Istnieją niektóre, często spotykane zaburzenia, które dają podobne grupy objawów i często występują przy najróżnorodniejszych schorzeniach (zastój, zapalenie). Wogóle nie jest rzeczą ważną dążyć do głębszego uzasadnienia objawów. Dla djagnostyki, mającej cele praktyczne jest rzeczą ważną, aby został ustalony trwały, choć czasem niezupełnie zrozumiały związek z jakimś procesem chorobowym lub czynnikiem etjologicznym. W djagnostyce istnieje czysto semjologiczny stosunek do objawów: objaw stanowi wskaźnik tych lub innych chorobowych zjawisk w ustroju. I podobnie jak w chemji posługiwano się wskaźnikiem nie mając jeszcze uzasadnienia zależności barwy od przemian budowy lub wartości tak samo liczne objawy, któremi posługujemy się codziennie czekają szczegółowego rozbioru i uzasadnienia.

Związek objawów z narządami stwierdza się różnemi drogami. Sprawę tę poznano na tyle, iż znając narząd i charakter patologiczny procesu można nawet określić, jakie przy tem wystąpią objawy. Odwrotnie biorąc za punkt wyjścia objaw można nieomylnie wskazać do jakiego narządu dany objaw należy odnieść. Jednak nie zawsze na podstawie objawów można dokładnie określić dotknięty narząd. Niekiedy jednakowe objawy są spowodowane przez schorzenie różnych narządów. Dlategoteż określić narząd, dotknięty schorzeniem, można często jedynie na podstawie kilku objawów, wskazujących na dany narząd. Prawdopodobieństwo prawidłowego rozpoznania przytem wzrasta (naprzykład ból w prawem podżebrzu i żółtaczka, białkomocz i wałeczki). Na powyższych rozważaniach oparta jest zasada, często udzielana początkującym lekarzom: w miarę możności nie czynić wniosków rozpoznawczych na podstawie jednego objawu. Im więcej objawów da się wytłumaczyć jakimkolwiek jednym procesem chorobowym lub upośledzeniem jednego narządu, tem prawdopodobniejszem wydaje się odnośne rozpoznanie.

Zwłaszcza dotyczy to przypadków subtelnego umiejscowienia różnych schorzeń układu nerwowego. Z innej strony można popełnić błąd, jeżeli ma się do czynienia z licznemi ogniskami (np. dwa guzy). Przejście od objawu do narządu już jest po części rozpoznaniem. Należy jednak określić nie tylko, gdzie umiejscowiona jest przyczyna, wywołująca objaw, lecz również należy wiedzieć na czem przyczyna owa polega. Większość naszych odpowiedzi rozpoznawczych zawiera dwa czynniki: jeden daje wskazówkę co do narządu, dotkniętego schorzeniem, zaś drugi świadczy o tym procesie, który wywołał schorzenie narządu (naprzykład cancer ventriculi). Zgodnie z takiem rozpoznaniem objawy choroby również dzielą się na 2 grupy. Naprzykład dla płatowego zapalenia płuc jedna grupa objawów (oddech oskrzelowy, stłumienie, plwocina) świadczą o uszkodzeniu płuc. Objawy te utrzymują się przez pewien czas po przełomie, gdy chory już się poprawia. Inne objawy świadczą o procesie zapalnym i stanowią oznaki zatrucia ustroju (wzniesienie ciepłoty, upośledzenie czynności serca). Ustąpienie objawów tej drugiej grupy świadczy o przełomie i jest związane z opanowaniem zakażenia. Dzięki interpretacji różnych objawów obraz kliniczny już nie jest bezładnym zespołem objawów lecz uporządkowanem pojęciem o chorobie jako o systemacie objawów ze strony dotkniętych narządów, tkanek i czynności.

Proces badania chorego i zbierania objawów należy odróżnić od samego rozpoznania. Zwykle obie te sprawy — badanie i ustalenie rozpoznania odbywają się jednocześnie. Tylko przy bardzo znamiennych objawach można się zdecydować na rozpoznanie w nieobecności chorego. Zależy to nie tyle od tego, że osoba komunikująca o objawach mogła się omylić lub pominąć jaki objaw, ile od tego, że ustalenie rozpoznania przedewszystkiem wymaga bezpośredniego wrażenia. Ani jeden objaw nie może być opisany dostatecznie wyczerpująco. Drobne szczegóły, odcienie barwy, blask i suchość skóry, wrażenie pierwszego tonu kłapiącego, oddech oskrzelowy, spoistość śledziony i t. d. — wszystko to może się okazać szczególnie ważne. Różne zjawiska mogą być niesłusznie opisane jako jeden objaw. Bladość chorego septycznego, bladość w przebiegu niedokrwistości złośliwej, choroby Bright'a, napadu dławicy piersiowej — wszystko to podpada pod jedno określenie „bladość". Dla doświadczonego djagnosty powyższe objawy odrazu przedstawiają się jako odmienne, chociaż nie może on wyjaśnić na czem polega różnica. Sam objaw często dzięki licznym osobliwościom może nabrać takiej znamiennej wartości, iż wbrew ogólnej zasadzie rozpoznanie o danej chorobie zostaje uczynione na podstawie jednego objawu. Oczywiście rozpoznanie winno być w miarę możności potwierdzone przez inne dane. Na wykorzystaniu do rozpoznania subtelnych oznak, co do których lekarz często nie jest dostatecznie uświadomiony, jest oparty t. zw. „węch" doświadczonych klinicystów. Liczne objawy nie poddają się ilościowemu okre-

śleniu (żółtaczka), lecz nawet pomiary w centymetrach i różne współczynniki często dają mniej niż samo spojrzenie na chorego.

Spotykając się z jakimkolwiek objawem, należy wykonać jeden bardzo istotny akt: Ocena doniosłości objawu. Obraz choroby jest zmienny. Niektóre objawy nawet w przebiegu typowym mogą brakować. Wyłania się więc pytanie, czy można ustalić rozpoznanie choroby A, przebiegającej śród objawów a, b, c..., jeżeli objawu a niema. Odpowiedź na powyższe pytanie można uzyskać, jeżeli sobie wyobrazić warunki powstania danego objawu. Naprzykład szmer w sercu może się nawet nie ujawnić, jeżeli serce jest osłabione. Zapalenie płuc może przebiegać bez gorączki u bardzo osłabionego chorego. Należy również uwzględnić metodę stwierdzania danego objawu. Wysłuchiwanie przy przyśpieszonem tętnie nie zawsze wyświetla, czy dany szmer jest szmerem rozkurczowym czy skurczowym. Możliwość stwierdzenia brzegu śledziony zależy od licznych przyczyn (wzdęcie brzucha, grubość tłuszczu podskórnego, umiejscowienie narządu). W ten sposób wartość objawu już nie jest niezawodną. Wynika stąd, iż nieobecności tego lub innego objawu nie można przypisywać decydującego znaczenia. Kliniczne przejawy choroby zależą od wielu okoliczności. Dlategoteż każdy objaw ma w sobie pierwiastek przypadkowości.

Poddając rozbiorowi obraz choroby, często musimy rozstrzygnąć drugie pytanie następujące: czy znajdując śród różnorodnych objawów, objaw a, możemy tylko na jego podstawie ustalić rozpoznanie choroby A (a. b, c...). Jednym słowem, czy można jedynie na podstawie objawu a rozpoznać chorobę A. Takich objawów, które występują tylko przy jednej chorobie, jest niewiele. Istnieje zasada, iż rozpoznanie opiera się nie na jednym, lecz na kilku objawach. Niektóre zespoły objawów są tak znamienne, że odrazu wyświetlają sprawę. Jednak czasem całe grupy objawów nie stanowią o rozpoznaniu. Sprawa wiarogodności rozpoznania zależy nie tylko od znajomości objawów: prócz objawów należy uwzględnić inne dane, które wyświetlają przyczynę osobliwego obrazu chorobowego. Nie można sobie wyobrazić choroby poza określonemi warunkami życiowemi. Poznanie warunków życia i warunków pracy daje istotne oparcie dla rozpoznania. Naprzykład trudno byłoby rozpoznać zaczadzenie, gdyby nie uwzględnić warunków otoczenia. Podczas epidemji rozpoznanie duru plamistego jest łatwe tam, gdzie poza epidemją byłoby ono niemożliwe. Wybitni klinicyści zawsze przypisywali duże znaczenie warunkom życiowym. Bardzo wiele wyjaśnia wywiad. Już same dane co do rozwoju choroby, czy był ostry początek, czy sprawa się kilkakrotnie powtarzała może mieć znaczenie dla wykluczenia różnych możliwości. Również o wielu innych ważnych okolicznościach można dowiedzieć się z wywiadu.

Schematyczny opis choroby zmienia się w każdym poszczególnym przypadku. Zmienność obrazu choroby zależy z jednej strony od różnicy między chorymi osobnikami, z drugiej strony od warunków otoczenia. Jeden z wybitnych klinicystów, chcąc podkreślić różnorodność przebiegu chorób, w zależności od organizmu dotkniętego tą chorobą, wygłosił znamienne zdanie, iż niema chorób a są chorzy. Wycieńczony i głodny chory będzie miał inne objawy i przebieg schorzenia niż dobrze odżywiony. Duże znaczenie mają znamiona osobiste chorego osobnika. Chodzi o to jak dany osobnik reaguje na różne szkodliwości, czy ma on idjosynkrazje, czy istnieje w jego ustroju miejsce najmniejszego oporu (Locus minoris resistentiae). Powyższe dane zostają wyświetlone dzięki wywiadom. Nauka o „typowej osobowości“ daje doniosłe pojęcie o konstytucij i wskazuje na metodykę jej badania. Należy również uwzględnić czynniki dziedziczności o tyle, o ile świadczą one o rodzinnej skłonności do różnych schorzeń. Dzięki tym wszystkim danym zostaje przygotowane tło dla rozpoznania choroby. Rozpoznanie, któreby było ściśle logicznym wnioskiem z objawów, ustala się w praktyce lekarskiej rzadko. Między przekonywującym wnioskiem a mało uzasadnionem przypuszczeniem istnieją liczne przejścia. Ostatecznie rozpoznanie zostaje ustalone na podstawie całego materjału djagnostycznego nie dlatego, że „inaczej być nie może, lecz dlatego, że tak najczęściej bywa“. Innemi słowy bierze się pod uwagę prawdopodobieństwo doświadczalne. Nie zawsze możemy zebrać dostateczne dane, aby wyrobić sobie pojęcie o schorzeniu. Przeciwnie, nie ulega wątpliwości, że w licznych przypadkach rozpoznanie nie może być ustalone i lekarz musi zrezygnować ze ścisłego rozpoznania. Tymczasem życie wymaga rozpoznania i lekarzowi pozostaje tylko uczynić mniej lub bardziej prawdopodobne przypuszczenie tam, gdzie rozpoznanie nie może być dostatecznie uzasadnione. Prawie zawsze udaje się ze wszystkich możliwości wybrać kilka, między któremi waha się rozpoznanie różniczkowe.

Atypowe obrazy. Choroby odznaczają się ubóstwem objawów lub ogromnie powikłanym obrazem chorobowym. Wpierwszym przypadku można czasem wybrnąć z trudnej sytuacji, wyczekując przez pewien czas, póki nie wystąpią objawy (naprzykład początkowy okres zakażenia). Lecz sposób ten jest tylko pominięciem trudności i związany jest z niebezpieczeństwem opóźnienia leczenia. Pomyślne wyniki leczenia różnych nowotworów zależą od wczesnego rozpoznania i od wczesnego wkroczenia chirurgicznego. Tymczasem początek rozwoju nowotworu daje mało wybitnych objawów i często rozpoznanie staje się możliwe dopiero wówczas, gdy sprawa nie nadaje się do operacji. Przy powikłanym obrazie chorobowym wytwarza się nieco inna sytuacja. Zadanie kliniki w podobnych przypadkach przedstawia się w sposób następujący: dany jest szereg objawów (a, b, c...); należy wyobrazić sobie chorobę, którąby mo-

gła stanowić podłoże tych objawów; nadto uradzono, że żaden z typowych zespołów objawów nie odpowiada danemu przypadkowi. Rozpoznanie takiego schorzenia nie może być ustalone drogą porównania z dobrze znanemi wzorami. Obraz chorobowy danego przypadku stanowi złożony zbieg okoliczności Świadoma analiza może tylko częściowo ów zbieg okoliczności rozwikłać. W mniejszym lub większym stopniu podobna sytuacja powtarza się niemal przy każdem rozpoznaniu. I tu obserwacja przebiegu choroby, jej poprawy i pogorszenia, również jak wystąpienie nowych objawów mogą udzielić odpowiedzi chociażby nawet czasem spóźnionej. Dla celów czysto klinicznych rozpoznanie winno podkreślić: 1) schorzenie podstawowe, 2) t. zw powikłania, powstające w następstwie schorzenia podstawowego, 3) towarzyszące lub przypadkowe schorzenie („każdy chory ma prawo chorować na 2 choroby"). A więc obserwując przypadek perforacyjnego zapalenia wyrostka robaczkowego z zapaleniem otrzewnej przy współistniejącej miażdżycy u tego samego osobnika, należy sformułować rozpoznanie w sposób następujący: zapalenie wyrostka robaczkowego (rozpoznanie podstawowe), miażdżyca (schorzenie towarzyszące). Czasem rozpoznanie schorzenia podstawowego jest ogromnie utrudnione z powodu obecności różnych powikłań. Naprzykład udar mózgowy (apopleksja) lub porażenie połowicze mogą być powikłaniami różnych podstawowych schorzeń. Wchodzić tu mogą w rachubę miażdżyca, guzy mózgu, niektóre zakaźne schorzenia. Sformułowanie rozpoznania anatomicznego odbywa się według tejże zasady.

Dążenie do uzyskania możliwie jaknajwiększej ilości oznak dla rozpoznania wywołało stworzenie licznych metod badania Na początku medycyna zadawalała się tylko badaniem klinicznem. Palpacja, badanie tętna i niektóre objawy osłuchowe stanowiły skąpe uzupełnienie obserwacji, która została doprowadzona do godności kultu. Dopiero koniec wieku XVIII i wiek XIX zaznaczyły się opracowaniem metodyki opukiwania i wysłuchiwania. Od tego czasu coraz większe znaczenie przypisuje się metodom badania. Dziedzina ta została bardzo starannie opracowana dzięki postępom techniki i przyrodoznawstwa Mikroskop, analiza chemiczna, bakterjologja, promienie Rentgena i t. d. stały się częstem narzędziem rozpoznania. Jednocześnie metodyka staje się coraz bardziej złożoną i wszystkie badania już nie mogą spoczywać w rękach jednego człowieka. Część metod została wydzielona w odrębną specjalność, która już należy do laboratorjum. Jest rzeczą zrozumiałą, że bardziej złożone metody muszą mieć usprawiedliwienie w wynikach, które one dają dla rozpoznania. Laboratorjum i specjalne pracownie osiągają wyniki dokładne i niezawodne. Czasem ma się wrażenie, że rozpoznanie uzyskano nie w klinice, lecz w zakładach pomocniczych. Taki pogląd nie zupełnie jest słuszny. Wprawdzie nieraz obraz chorobowy może być niespodzianie wyświetlony przez dane laboratoryjne (prątki tbc. w plwocinie, dodatni

odczyn Weber'a w kale), laboratorjum może dostarczyć jeden lub kilka objawów, które odrazu decydują o rozpoznaniu i nie dopuszczają dwóch interpretacji, lecz rozpoznanie kliniczne wymaga czego innego: wymaga ono wyświetlenia całego obrazu chorobowego. Znajomość podstawowego procesu chorobowego do tego celu jest niedostateczna. Nawet prątki gruźlicze w plwocinie nic nie mówią o charakterze procesu, o tem, czy sprawa toczy się w prawem lub lewem płucu, czy sprawa jest rozległa, czy są jamy, jak choroba wpłynęła na inne narządy i na stan ogólny; tymczasem są to dane niezmiernie ważne, ponieważ od nich głównie zależy rokowanie i leczenie. Tak samo z danych laboratoryjnych wynika, że chory ma nefryt, lecz duszność zarówno jak inne objawy tem samem nie uzyskują wytłumaczenia. Zarazki błonicy nie dowodzą istnienia błonicy, gdyż mogą one być wykryte u nosiciela. Nawet odczyn Widal'a nie świadczy jeszcze o tem, że chory ma dur, lecz dowodzić może, że chory dur przebył.

Zresztą laboratorjum nie interesuje się rozpoznaniem. Interesuje się ono jedynie sprawą znalezienia tych lub innych danych w materjale analizowanym. Odpowiedzialność za rozpoznanie spoczywa na tym, kto temi danemi się będzie posługiwał, czyli na lekarzu obserwującym. Dla lekarza dane laboratoryjne niczem nie różnią się od innych danych. Zarówno jak do każdego objawu tak samo również do objawu laboratoryjnego należy się ustosunkować krytycznie. Wiele danych laboratoryjnych można uzyskać dopiero zapomocą złożonej metodyki, wymagającej doświadczenia i dobrej techniki. Analiza bakterjologiczna zależy od zachowania różnych warunków. W tych przypadkach, gdzie od wyników badania zależy rozpoznanie, badanie winno być możliwie powtórzone. Zwłaszcza dotyczy to przypadków, gdyż istnieje rozbieżność odpowiedzi laboratoryjnej z danemi klinicznemi. Wynik badania może nie być przekonywujący mimo odpowiedzi kategorycznej. Zawsze należy mieć na względzie, że badanie laboratoryjne zależy również od tego, kiedy i jak był pobrany materjał do badania (naprzykład w cukrzycy mocz ranny może nie zawierać cukru). Nie zawsze analiza ma decydujące znaczenie, częściej rozpoznanie zależy pośrednio od wyników analizy (urobilina i bilirubina w moczu, brak kwasu solnego, sarcyny...). Jednak z połączenia wyników analizy z badaniem klinicznem można dojść do istotnych wniosków. Nauki lekarskie w dużej mierze zawdzięczają swój rozwój metodom laboratoryjnym. Wytworzyło się w ten sposób takie zaufanie dla niektórych danych laboratoryjnych, że są one nieraz bezkrytycznie uważane za dowód rozpoznania.

Dzięki wszechstronnemu zastosowaniu promieni rentgenowskich nastąpiło nadzwyczaj ścisłe zbliżenie djagnostyki i rentgenologji. (Badanie rentgenologiczne oczywiście wymaga obecności samego chorego). Rentge-

nologję wydzielono w odrębną specjalność głównie z tego powodu, iż zachodzi potrzeba specjalnego przygotowania technicznego i doświadczenia technicznego. Objawy rentgenologiczne są przedewszystkiem objawami morfologicznemi — są to cienie narządów. Wiadomości o wielkości, postaci i spoistości narządów i głębiej położonych części przed wprowadzeniem rentgenologji uzyskiwano zapomocą obmacywania, opukiwania i po części wysłuchiwania. Są to metody, wymagające stosowania słuchu i dotyku.

Dzięki promieniom rentgenowskim stało się możliwem posługiwać się w tym celu okiem które cieszy się większem zaufaniem niż inne narządy zmysłów. Opukiwanie i prześwietlenie, rozgraniczając ukryte od obserwacji narządy, opierają się na różnicy mas narządów. Rentgenologiczne metody badania mają tę zaletę, że głębokie umiejscowienie narządu nie przeszkadza badaniu. Nadto wzajemny rozkład narządów łatwiej zobrazować na podstawie prostolinijnych rzutów, uzyskanych przy badaniu rentgenowskim, niż zapomocą bardzo złożonych danych osłuchowych opukiwania, które do ostatniego czasu nie zostały należycie uzasadnione Z tego bynajmniej nie wynika, że nowa metoda rentgenowska wyruguje ostatecznie stare metody. Dawne metody w licznych przypadkach z powodzenieem współzawodniczą z metodą rentgenowską. Najlepsze wyniki oczywiście można uzyskać przy jednoczesnem zużytkowaniu obu metod.

Największą wartość posiada metoda rentgenowska, gdy jest ona stosowana w obecności lekarza, który badanego chorego leczy.

Dążenie, możliwie jaknajwięcej spostrzegać wzrokiem, doprowadziło do stworzenia nowej metody a mianowicie, wziernikowania (endoskopja). Zapomocą tej metody można wykonać oględziny takich jam ciała, które bez wziernikowania byłyby zupełnie niedostępne badaniu. Bez wziernikowania oględziny wywołałyby zranienia z powodu wąskich wymiarów otworów naturalnych i krętego przebiegu przewodów (cystoskop. gastroskop. laryngoskop, rektoskop). Mimo świetnych wyników, wziernikowanie nie zawsze decyduje o rozpoznaniu. Naprzykład wziernikowanie nie zawsze może rozstrzygnąć, jaki jest charakter owrzodzenia w prostnicy lub krtani, chociaż procesy chorobowe są dobrze widoczne. Często, przy otwarcie umiejscowionych owrzodzeniach, jest rzeczą niemożliwą ustalić rozpoznanie nieuzbrojonem okiem. To samo dotyczy oględzin podczas operacji w jamach ciała.

W niektórych przypadkach stosuje się mikroskopję ż y w e j tkanki w celu rozpoznawczym. Dotyczy to kapilaroskopji oraz metod oftalmologicznych (Spaltlampe). Często jest rzeczą niemożliwą dokładne wyjaśnienie charakteru schorzeń, umiejscowionych w głębi jamy brzusznej. Wiele operacji chirurgicznych podejmuje się lub przynajmniej się rozpoczyna w celu rozpoznawczym (laparatomja wywiadowcza). Laparatom-

ja często stanowi dogodną i niezawodną metodę rozpoznawczą, jednak metoda ta jest połączona z niebezpieczeństwem.

Technika badania poszczególnych obszernych działów jest opanowana przez specjalistów. Bardzo często metody stosowane przez specjalistów wyświetlają charakter i umiejscowienie sprawy chorobowej. Schorzenia oddalone i objawy ogólne interesują specjalistę mniej, — cała uwaga zostaje ześrodkowana na procesie miejscowym. Okoliczność ta sprawia, iż niekiedy prawidłowe rozpoznanie zostaje ustalone nie przez specjalistę, lecz przez lekarza - praktyka, który uwzględnia ogólny całokształt objawów. Świadczy to o dużej wartości rozpoznawczej ogólnych i pośrednich objawów w przebiegu schorzeń miejscowych. Tem nie mniej w przypadkach wątpliwych rozstrzygnięcie (w miarę możności) winno opierać się na wynikach badania bezpośredniego. Jest rzeczą zrozumiałą, iż badanie bezpośrednie daje bardziej przekonywujące wyniki.

Celem ustalenia rozpoznania posługujemy się również doświadczeniami klinicznemi. Najdawniejszą postacią doświadczeń klinicznych jest rozpoznanie ex juvantibus. Wniosek, oparty na pomyślnych wynikach leczenia jest szczególnym przypadkiem rozpoznania na podstawie przebiegu choroby. W warunkach nieskomplikowanych wniosek taki może być przekonywujący. Przykłady: 1) chory przez dłuższy czas miał objawy nerwobólu nerwu trójdzielnego. Sprawa ustąpiła po wyleczeniu zęba, 2) niewyraźne bóle „gośćcowe" znikły po leczeniu rtęciowem.

Przy bardzo złożonem leczeniu i niezupełnie jasnem obrazie chorobowym rozpoznanie ex juvantibus zawodzi. Rozpoznanie ex juvantibus zawodzi, gdy są stosowane różne sposoby leczenia jednocześnie

Anatomiczne i czynnościowe rozpoznanie. Jeżeli wnioski kliniczne świadczą o zmianach anatomicznych, wówczas z łatwością mogą one być sprawdzone zapomocą różnych metod badania (endoskopja, oględziny, biopsja). O wiele trudniej przedstawia się sprawa różnorodnych zaburzeń czynnościowych, które mają dla kliniki nie mniejsze znaczenie. Pojęcie zdrowia, którem posługujemy się w życiu codziennem jest raczej związane z czynnością niż z budową. Wiadomo również, iż równoległość zmian anatomicznych i fizjologicznych nie jest całkowita. Dlategoteż jest rzeczą konieczną bezpośrednie podejście do badania upośledzonej czynności, jak to już oddawna czyni fizjologja w swoich badaniach nad czynnościami prawidłowemi. W tym celu należy się zapatrywać na każdą czynność jako na doświadczenie przebiegające w pewnych warunkach otoczenia. Aby uzyskać prawidłowe wnioski i spostrzeżenia, muszą być stworzone jednolite warunki doświadczalne (odruchy źreniczne bada się przy rozluźnionej akomodacji, cukier w moczu określa się po posiłku). W miarę rozwoju badań klinicznych powstały bardziej ścisłe wymagania względem badań czynnościowych. Początkowo wystarczało tylko badanie jakościowe. W tym wypadku uzyskuje się odpowiedzi w postaci „tak" lub „nie"

(naprzykład w soku żołądkowym HCl może być obecne lub nieobecne). Później powstało dążenie do uzyskania bardziej wyczerpującego ujęcia czynności narządów. Stąd wyłoniła się metodyka badań zmienionych czynności. W dziedzinie tej istnieją liczne trudności. Często czynność napozór prosta w rzeczywistości może być rozczłonkowana na kilka odmiennych czynności. Naprzykład nerka jest złożonym narządem, który z jednej strony wydala wodę, z drugiej zaś strony — szereg soli i substancyj organicznych. Czynności te ulegać mogą upośledzeniu niezależnie jedna od drugiej. Wynika stąd, iż te czynności winne podlegać badaniu oddzielnie. Przy bardzo znacznych uszkodzeniach, gdy następuje czynnościowa śmierć narządu, badanie zostaje uproszczone. Wówczas można na podstawie braku jednej czynności wnioskować o czynnościach pozostałych. Wnioski takie są słuszne w wielu przypadkach, lecz nie we wszystkich. Wielce utrudniona jest sprawa badania czynności również z tego powodu, iż wyodrębnienie czynności narządu od całego życia ustroju jest rzeczą niełatwą. Pojęcie narządu jest przedewszystkiem pojęciem anatomicznym. To, co odnosimy do czynności narządu, w znacznym stopniu nie zależy wyłącznie od danego narządu. Czynność wydzielnicza nerki naprzykład zależy od ogólnej gospodarki wodnej. Upośledzenie wydzielania NaCl nie zawsze dowodzi uszkodzenia tkanki nerkowej. Z wymienionych powodów metodyka rozpoznania czynnościowego daje często odpowiedzi zbyt ogólne. Metodyka ta polega na obciążeniu danego narządu pewnem określonem zadaniem. Uzyskane wyniki są nieraz tak ogólnikowe, iż jest rzeczą niełatwą wnosić o czynności danego narządu (diureza w przebiegu obrzęków).

Liczne są objawy podmiotowe i przedmiotowe, na których opiera się djagnostyka. Niektóre z nich można uzyskać dopiero z wielkim trudem. Niepodobna przeprowadzić wszystkich badań w każdym poszczególnym przypadku. Dlategoteż, przystępując do ustalenia rozpoznania, posługujemy się na początku bardzo prostemi a łatwo wykonalnemi metodami. Rozbiór danego obrazu chorobowego rozpoczynamy od łatwo dostępnych objawów. Lekarz nie jest skrępowany pod względem wyboru tych objawów. Każdy wybitny objaw może być w tym celu zużytkowany. Zwykle rozważania djagnostyczne rozpoczynamy od rozpatrywania skarg chorego, które odrazu zwracają uwagę lekarza w pewnym określonym kierunku. Sytuacja lekarza jest trudna, gdy chory nie podaje żadnych skarg i zgłasza się, aby sprawdzić stan swego zdrowia. Skargi zostają uzupełnione przez najprostszą metodę — rozpytywanie. Dalsze badanie jest przeważnie sprawdzeniem zapomocą metod przedmiotowych tego, co zostało uzyskane podczas wywiadu. Metodyczne rozumowania następują kolejno po różnych badaniach. Rozpoznanie przechodzi pewien rozwój, ulega różnym uzupełnieniom i wreszcie nabiera siły przekonywującej. Metodami złożonemi posługujemy się jedynie w miarę potrzeby.

Najprostsze badania ważnych dla życia narządów muszą być podjęte, aby nie przeoczyć jakiegoś objawu, który znajduje się na uboczu względem ogólnej drogi rozpoznania.

Śledząc rozwój djagnostyki, można stwierdzić, że rozpoznanie myślowe (spekulacyjne), oparte na najprostszych objawach klinicznych i subtelnych wnioskowaniach, należy do przeszłości. Jednak rozpoznanie myślowe ma pewne znaczenie heurystyczne t. j. przyczynia się do powstania nowych zagadnień. Ostatnio środek ciężkości badań przesuwa się w miarę możności do badań bezpośrednich, dzięki czemu rozpoznanie staje się coraz bardziej dostępnem i przekonywującem. .

Biorąc pod uwagę, że każda choroba ma swoiste oznaki, należy dążyć do ustalenia rozpoznania na podstawie tylko tego, co daje status praesens, nawet więcej — przedmiotowy status praesens. Oczywiście konieczne jest posiadanie dużej wiedzy i umiejętności badania wszystkiego, co jest niezbędne dla rozpoznania.

Dr. med. FR. SIENICKI (Warszawa).

UWAGI W SPRAWIE WARTOŚCI LECZNICZEJ AGOMENSINY I SISTOMENSINY „CIBA".

Odkrycia ostatnich lat, które wprowadziły do biologji i kliniki przetwory moczu ciężarnych, działające podobnie do wyciągów z gruczołów dokrewnych — stały się ubocznie powodem do pewnych nieporozumień, niekiedy brzemiennych w skutki.

Do takich nieporozumień należy niedość ścisłe rozgraniczenie organopreparatów (wyciągów z gruczołów dokrewnych) od przetworów moczu ciężarnych kobiet i klaczy, przetworów, noszących, kwestjonowaną przez wielu autorów, nazwę preparatów hormonalnych.

Powyższe pomieszanie pojęć wywołuje w wyniku nietylko identyfikacje wskazań leczniczych, ale, co szczególnie krzywdzi wytwórców organopreparatów prawdziwych, — identyfikacje sprawdzianów biologicznych, czyli t. zw. testów.

Jeśli zwrócimy się specjalnie do lecznictwa hormonalnego zwłaszcza w dziedzinie ginekologji i położnictwa, to spotkamy się tu z zagadnieniem identyfikacji preparatów jajnikowych (wyciągów z tkanki jajnika) z t. zw. oestriną (= gravidina = oweina = follikulina = hormon płciowy żeński), uzyskiwaną, jak wiadomo, z moczu kobiet i klaczy ciężarnych.

Identyfikacja ta wypada, oczywista, na niekorzyść prawdziwych organopreparatów jajnika, gdyż te ostatnie bądź zupełnie nie mogą się wykazać dodatnim testem na ruję (wg. *Allen-Doisy*), bądź wykazują tylko

dodatnią reakcję jakościową wyjątkowo jedną lub parę jednostek mysich w tabletce lub ampułce.

Jednocześnie t. zw. follikulina (oestrina) szczyci się dziesiątkami, setkami, tysiącami, a nawet dziesiątkami i setkami tysięcy jednostek mysich lub wagowych w tabletce lub ampułce.

Zastanowić się jednak wypada, czy miano w jednostkach rujowych (ruja = oestrus) jest cechą istotną preparatu z punktu widzenia leczniczego, gdyż przecież o to jedynie chodzi w ocenie każdego lekarstwa, wprowadzanego na rynek, czy do jakiejkolwiek instytucji leczniczej.

Nowoczesna hormonologja nie może dać odpowiedzi twierdzącej na powyższe zapytanie, a to z szeregu przyczyn.

Przedewszystkiem substancja oestrogenna, zdolna wywołać ruję u kastrowanych samic gryzoniów, jest tak rozpowszechniona w naturze (w świecie zwierzęcym, roślinnym i mineralnym), że trudno przypuścić jej swoistość wyłącznie dla żeńskich gruczołów płciowych.

Z drugiej zaś strony znajduje się ona w niewielkich stosunkowo ilościach w jajniku. Tak, naprzykład, badacze amerykańscy: *Allen, Pratt, Newel i Bland* określają ilościową zawartość substancji oestrogennej w 1 ccm. płynu pęcherzyka *Graafa* na 3 jednostki szczurze, w 1 gr. ściany pęcherzyka — na 5 j. szcz. Liczby te odpowiadają najwyższemu natężeniu zawartości omawianej substancji w jajniku kobiety. W innych okresach cyklu miesięcznego częstokroć nie udaje się stwierdzić substancji rujotwórczej metodą wszczepów kawałeczków tkanki. Metoda zaś wyciągów nie zawsze dać może dodatni wynik doświadczenia *Allen-Doisy*, gdyż zależy on między innemi od rozpuszczalników używanych do ekstrakcji. Niewątpliwie zdarzyć się może, że wyciągając jajnik rozpuszczalnikiem, nie rozpuszczającym substancji oestrogennej, uzyskać możemy wyciąg nieczynny pod względem zdolności rujotwórczej, a jednak działający na inne funkcje żeńskiego narządu rodnego, czyli będący wartościowym lekiem klinicznym.

Ostatnie przypuszczenie stoi w pozornej niezgodzie z klasycznemi doświadczeniami *Allen* i *Doisy*, którzy właśnie pod wpływem wyciągów z jajnika uzyskali odczynu rujowy dodatni, łącząc ten wynik przyczynowo z hormonem pęcherzyka *Graafa*. Dalsze jednak badania nad oestrogennem działaniem jajnika wykazały, że nie można wiązać z bezwzględną pewnością tego działania z aparatem pęcherzykowym; wiadomo wszak, że zupełne zniszczenie czynnych pęcherzyków *Graafa* naświetlaniem rentgenowskiem nie zniosło rui w pochwie naświetlanych gryzoniów, przeciwnie, stwierdzano w tych okolicznościach nieprzerwaną stałą ruję*).

---

*) Aby uniknąć nieporozumień w niniejszych rozważaniach, nadmienimy, że zgodnie z większością badaczy bynajmniej nie utożsamiamy rui zwierzęcej z miesiączką kobiety; jest to zjawisko zupełnie odmienne, a umieścić je możnaby raczej w środku cyklu miesięcznego kobiety, nie w jego końcu, czy początku, jak to ma miejsce z krwawieniem miesiączkowem.

Streszczając powyższe wywody, stwierdzamy, *że dobry przetwór jajnika może nie dawać dodatniego odczynu Allen-Doisy* (nie wywołać rui), *tak z tego względu, że zastosowano rozpuszczalnik, nie ekstrahujący substancji oestrogennej jajnika, jak również dlatego, że w użytej do wyciągów ilości gruczołu znajdowała się mniejsza od jednostki biologicznej ilość substancji rujotwórczej.*

Przechodzimy teraz do drugiej strony zagadnienia. Załóżmy mianowicie, że istotnie cechą charakterystyczną przetworu jajnikowego jest jego działania rujotwórcze, że w niem właśnie skupia się lecznicze działanie omawianego leku i, co jest naturalną konsekwencją tego stanowiska, siła lecznicza wzrasta proporcjonalnie do liczby jednostek biologicznych czy wagowych substancji oestrogennej.

W zagadnieniu powyższem natrafiamy na nową trudność: mianowicie nie posiadamy *prawdziwych* preparatów jajnikowych wysokojednostkowanych, co uniemożliwia nam sprawdzenie, czy tak stężone prawdziwe przetwory jajnika miałyby proporcjonalnie większą siłę działania leczniczego Zmuszeni jesteśmy zatem zwrócić się do t. zw. preparatów hormonalnych, wytwarzanych z moczu kobiet i klaczy ciężarnych, zawierających tysiące jednostek mysich i wagowych w litrze substancji rujotwórczej czyli oestryny. Oestryna ta stoi prawdopodobnie w związku z wydzielaniem jaja płodowego, skąd słuszną się wydaje dla niej nazwa Oweiny (*ovum* = jaje) lub ogólniej — grawidiny. W żadnym jednak razie nie jesteśmy upoważnieni do nadania jej nazwy follikuliny (od *folliculus Graafi*), gdyż wspólność reakcji biologicznej, zresztą tylko jakościowej, z płynem pęcherzyka *Graafa* nie jest do tego dostateczną podstawą.

Czyż można utożsamić mleko z ichtjolem dlatego, że obydwa te ciała przy wstrzyknięciu podskórnem wywołują wzniesienie ciepłoty ciała?

Przyglądając się jednak z największą życzliwością klinicznemu i biologicznemu działaniu oestryny, nie można stwierdzić proporcjonalności wzrostu siły działania, w miarę podnoszenia dawek, obliczonych w jednostkach mysich czy wagowych, decydującą tu rzeczą jest odczynowość organizmu, bardzo rozmaita osobniczo. Podnoszenie dawki oestryny pozostaje niekiedy bez skutku tam, gdzie małe dawki były skuteczne.

Zresztą oestryna — oweina działa w doświadczeniu biologicznem i klinicznem wybiórczo na macicę, głównie na przerost jej śluzówki, sprowadzając niekiedy obrazy, przypominające patologiczne stany hyperplasiae glandularis endometrii. Na jajnik działa ona nawet szkodliwie w dużych dawkach, atakując przedewszystkiem komórkę jajową.

Prawdziwe natomiast przetwory jajnikowe, choć mniej żywo reagujące w t. zw. testach, dają niewątpliwie oddawna sprawdzone kliniczne działanie zastępcze i pobudzające w niedomodze gruczołów płciowych żeńskich.

W poszukiwaniu przyczyn tego dobrego działania kliniczno-leczniczego prawdziwych przetworów jajnikowych (skąpo-jednostkowanych, lub niejednostkowanych) w porównaniu z wysoko-jednostkowanemi preparatami oestryny-oweiny (follikuliny) zwrócić musimy uwagę na różnicę w przyswajalności obydwu tych typów preparatów. Oestryna-oweina (follikulina), podawana nawet w olbrzymich dawkach dziesiątków tysięcy jednostek, przelatuje przez organizm tak szybko, że już w ciągu kilku lub kilkunastu godzin zostaje całkowicie wydzielona z moczem i kałem, ustrój kobiety leczonej zachowuje się w stosunku do tej substancji, jak do niepotrzebnego odpadku, którego się chce jaknajprędzej pozbyć, podobnie zresztą, jak ma miejsce w organiźmie kobiety ciężarnej, kiedy oestrynę, materjał do przyszłego leku, wydziela on tysiącami jednostek, nie zatrzymując ani w organach wewnętrznych (jajnikach), ani we krwi krążącej. Toteż przy leczeniu oestryną-oweiną (follikuliną) widzimy, że organizm coraz mniej jest czuły na podawany lek, coraz większych wymaga dawek i coraz energiczniej wyrzuca z siebie wprowadzone doń tysiące jednostek.

Inaczej przedstawia się sprawa przy zastosowaniu leczniczem przetworów jajnika: występuje jakby działanie kumulacyjne, gdyż jest ono silniejsze i mniejszych wymaga dawek, co przemawia za niewątpliwie większą przyswajalnością prawdziwych preparatów jajnikowych w porównaniu z oestryną-oweiną (follikuliną).

Reasumując, stwierdzić musimy następujące zalety prawdziwych przetworów jajnikowych:

1) pochodzenie z tego gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, którego niedomogę lub brak chcemy leczniczo naprawić;

2) bardziej fizjologiczne działanie i

3) łatwiejsza przyswajalność w porównaniu z oestryną-oweiną (follikuliną);

4) działanie na czynność całego narządu rodnego kobiety.

Po powyższych uwagach ogólnych w sprawie wartości preparatów jajnikowych, rozpatrzmy dwa z nich bliżej, mianowicie: agomensinę i sistomensinę „Ciba". Pierwszy z nich — *agomensina* jest wyciągiem wodnym jajnika (wzgl. ciałka żółtego) i zawiera przedewszystkiem związki białkowe, jak aminy i cholina *(Bagiński)*. Wspomniany skład chemiczny wyjaśnia nam w zupełności, dlaczego przetwór ten, jakkolwiek z jajnika pochodzący, nie wykazuje działania rujotwórczego (substancje oestrogenne nie rozpuszczają się w wodzie). Nie zmniejsza to bynajmniej jego wartości klinicznej: wszak znane są badania *K. Abela* (Zbl. Gynäk. r. 1931, str. 1843), który leczył z dobremi wynikami zaburzenia, wynikłe z niedomogi jajnika, w okresie przekwitania wprost perparatami choliny. Podobne wyniki uzyskał *Göczy* (Orv. Hetil, r. 1931, I, str. 279).

Bagiński stwierdził doświadczalnie działanie rozszeczające agomensiny na naczynia jajnika konstatując jednocześnie zwiększenie liczby pęcherzyków *Graafa.* Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają w zupełności powyższe wyniki doświadczalne. Agomensina dawała szeregowi lekarzy z *Liebhartem, Pöschem ,Schwartzem* na czele dobre wyniki lecznicze w przypadkach skąpych, opóźniających się miesiączek, w *amenorrhoea secundaria,* w zaburzeniach okresu przekwitania, dowodząc tem swego pobudzającego działania na narząd rodny, więcej nawet, preparat ten okazał się w niektórych przypadkach bardziej czynny, niż wyciągi, zawierające substancję oestrogenną. Ciekawe to jest szczególnie ze względu na odrębny swoisty skład chemiczny agomensiny wśród preparatów jajnikowych.

Za powyższem ujęciem mechanizmu działania agomensiny przemawia szereg doświadczeń *Mahnerta* i *Siegmunda,* którzy *niewytrzebionym* myszom wstrzykiwali pod skórę grzbietu 0,1 ccm. agomensiny, powtarzając zabieg 2 razy w ciągu 12—24 godz. Okazało się, że nawet 1 wstrzyknięcie agomensiny po 24 godz. dawało obraz typowej rui i utrzymywało się kilka dni, w ciągu których stwierdzono w wydzielinie pochwy zmiany, odpowiadające normalnej rui. Myszy *wytrzebione* nie dawały tego odczynu.

Działanie agomensiny w stosunku do działania hormonów płciowych możnaby nazwać oophorotropową terapją bodźcową, mającą przedewszystkiem swój punkt uchwytu w jajnikach. I na tem polega jej wyższość, że jako substancja, bliżej nieokreślona, sprowadza do narządów płciowych kobiety hormony bliżej jeszcze nieznane, niezbędne jednak dla prawidłowej czynności biologicznej narządów, tak ważnych ze względu na utrzymanie gatunku.

Sistomensina różni się znacznie od poprzedniego preparatu, jakkolwiek pochodzi z tego samego organu. Jest ona wyciągiem benzenowo-alkoholowym, zawiera zatem lipoidy i to pochodzące przeważnie z ciałka żółtego. Wiadomo jednak z licznych badań przedewszystkiem *Zondeka,* że substancja oestrogenna, występująca w I połowie okresu międzymiesiączkowego daje się wykryć nadal w *drugiej połowie w ciałku żółtem.* Rozpuszcza się ona w rozpuszczalnikach lipoidowych, to też nic dziwnego, że sistomensina w doświadczeniu daje dodatni odczyn *Allen-Doisy.* Mianuje się ją jakościowo, a nie w jednostkach, gdyż w myśl wywodów poprzednich liczba jednostek rujotwórczych nie jest decydująca dla oceny wartości preparatu jajnikowego.

Ponieważ sistomensina zawiera przedewszystkiem lipoidy z ciałka żółtego, więc działanie jej zbliża się najbardziej do działania wyciągów z tego gruczołu. Tem niemniej wspomniana wyżej obecność substancji rujotwórczej wskazuje na możliwość współistnienia w sistomensinie innych składników czynnych jajnika.

Okolicznością powyższą tłumaczy się prawdopodobnie fakt, spostrzegany przez niektórych autorów, że sistomensina może wykazywać działanie identyczne z działaniem wyciągów z całego jajnika *(Köhler).*

Nie jest czystym hormonem jajnikowym.

Na III-cim Kongr. Ginekologów w Paryżu w maju r. ub. zaznaczyła się wśród uczestników pewnego rodzaju reakcja w stosunku do czystych przetworów hormonalnych; podano bowiem w wątpliwość, czy czyste substancje, o jakich mowa, stanowią jakiś postęp leczniczy. *Guy Laroche i Meurs-Blatter* zwrócili uwagę na to, że, im większa jest zawartość jednostek biologicznych w przetworze oestrogennym, i im więcej jest on oczyszczony, tem większe dawki trzeba stosować, aby otrzymać określony efekt leczniczy. *Guy Laroche* wysunął propozycję, aby nowe zdobycze naukowe były bardziej dostosowane do potrzeb kliniki; dlatego powstaje potrzeba, żeby przemysł chemiczny dostarczył *nie czystych hormonów,* uzyskanych z moczu, lecz oczyszczonych i zróżnicowanych wyciągów jajnikowych, stojących na poziomie wiedzy współczesnej.

Wskazania kliniczne dla sistomensiny pokrywają się częściowo ze wskazaniami dla wyciągów z ciałka żółtego, częściowo zaś ze wskazaniami dla wyciągów z całkowitego jajnika i są nadto dobrze znane.

Reasumując, *agomensina i sistomensina* „Ciba“ są pełnowartościowemi preparatami jejnikowemi. *Agomensina* nie wykazuje dodatniego testu rujowego dlatego, że jest wyciągiem wodnym z jajnika, substancje zaś rujotwórcze rozpuszczają się w rozpuszczalnikach lipoidowych (benzen, alkohol). Nie zmniejsza to działania pobudzającego narząd rodny żeński agomenisty, opartego głównie na działaniu choliny i aminów .

Sistomensina, jednocząc w sobie nietylko działanie odpowiednie dla hormonu ciałka żółtego, ale i dla całkowitego jajnika, jest lekiem wartościowym i zachowującym swą odrębność farmakologiczną w rzędzie prawdziwych organopreparatów jajnikowych.

Dr. med. OSKAR BLATT.

B. Sekundarjusz Państw. Szp. Powszechnego we Lwowie.

DERMITRYNA W PRAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ.

Przed dwoma laty, tuż przed zjazdem dermatologów polskich we Lwowie, znalazła się na rynku aptekarskim dermitryna, podstawa do maści w 100% wytwór produkcji krajowej. Dermitrina spowodowała silne zainteresowanie w świecie lekarskim polskim ze względu: 1-o na bardzo pochlebną ocenę klinik i oddziałów dermatologicznych, które preparat ten przez dłuższy czas stosowały, a 2-o ze względu na istniejącą

dążność i potrzebę w dobie trwającego kryzysu do zastąpienia preparatów obcych wytworem polskiej produkcji o pełnowartościowych własnościach i zaletach.

Dermitrina składa się z cholesterolu i węglowodorów nasyconych o wysokim punkcie wrzenia. Jest to biała masa o odcieniu kremowym, konsystencji maści, bez zapachu, wykazująca odczyn obojętny. W temperaturze ciała rozpuszcza się ona łatwo. Zmieszana z wodą tworzy ona pewien rodzaj zawiesiny. Dzięki swej wodochłonności, pozwala ona na przygotowanie maści z roztworu wodnego leków. Jako wodochłonna przylega ona ściśle do powierzchni skóry i błon śluzowych, na których jest rozsmarowana. Jako wodochłonna, paruje ona, wywołując lekkie ochłodzenie tkanek, na które ją zastosowano. Dermitrina miesza się doskonale ze wszystkimi środkami stosowanymi do wyrobu maści. Nie jełczeje i doskonale wsysa się przez skórę. Nad wazeliną ma ona tę wyższość, że jest absolutnie obojętna, wtedy gdy wazelina zawiera ślady kwasu siarkowego, używanego do jej fabrykacji. Nad lanoliną posiada również przewagę, gdyż lanolina zawiera wolne grupy alkoholowe, wywierające często ujemne działanie na składowe leki maści.

Zachęcony własnościami środka, zacząłem od 1932 roku stosować Dermitrinę w przypadkach chorób skórnych. Przypadki, gdzie stosowałem Dermitrinę, dzielę na ostre i przewlekłe.

Do najklasyczniejszych zaliczam ostre stany zapalne skóry pochodzenia zewnętrznego (uszkodzenia chemiczne, aktyniczne i termiczne), w tych przypadkach Dermitrina z dodatkiem 3% kwasu bornego, tlenku cynku i łojku usuwała objawy cierpienia w czasie niezmiernie krótkim, nie dając żadnego podrażnienia, nawet na skórze tak wrażliwej często na inne podstawy maści (wazelinę) jak skóra osesków i małych dzieci.

Równie dobre wyniki osiągałem w leczeniu takich spraw, jak dermatitis toxica (ex nox interno) lichen urticatus u dzieci (z dodatkiem siarki i preparatów dziegciowych). Do tej grupy zaliczam również odmrożenia ostre (Dermitrina z ichthiolem i garbnikiem) stany podrażnienia skóry, wywołane przez środki chemiczne, zawarte w maściach, stosowanych przeciw łuszczycy, rumieniowi guzowatemu i t. d. Muszę nadmienić, że Dermitrina oddawała nieocenione usługi przy leczeniu rumieni pozłotowych i po salwarsanowych

O grupie schorzeń przewlekłych skóry można by wiele pisać. W krótkości podkreślam, że we wszystkich sprawach, wymagających stosowania środków, czy to silnie redukujących, czy też złuszczających zmiany chorobowe na skórze (łuszczyca, toczeń rumieniowaty, liszaj czerwony płaski i t. d.), Dermitrina jako podstawa do maści ulep yła i ułatwiła stosowanie maści i sprawiła że nie wywołują one w żadnym wypadku podrażnienia.

PAMIĘTAJ O BUDOWIE POMNIKA KU CZCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ. KONTO P. K. O. 14.111.

Jesteśmy w gmachu Min. Rolnictwa przy ulicy Senatorskiej, w pracowni artysty rzeźbiarza, laureata Akademji Paryskiej, profesora Wittiga.

Pośrodku pracowni, wśród rusztowań, wznosi się bryła potężnych rozmiarów, pokryta mokremi płótnami. Na znak dany przez profesora Wittiga, płótna są usunięte, a oczom naszym przedstawia się grupa dwóch postaci: sanitarjusz w bluzie żołnierskiej, podtrzymujący rannego. Sanitarjusz — to uosobienie skupienia i spokoju; chwytem silnym i pewnym lecz zarazem jakże miękkim i litosnym, oburącz podtrzymuje rannego. Młody ranny upada na kolana, głowa okryta chełmem zwisa bezwładnie, twarz pełna bólu; jest on przeciwstawieniem siły i skupienia, pierwszej postaci. Opadające ramiona, obnażona pierś, bezwład rannego — wzywają ratunku.

Ta rzeźba, to symbol obowiązku niesienia pomocy samarytańskiej, a została stworzona jako pomnik ku czci członków Służby Zdrowia, poległych za Ojczyznę. A jest ich cały legjon. Kule i gazy trujące nie szczędzą lekarzy, sanitarjuszów i pielęgniarek, a niemniej grożą im epidemje i choroby zakaźne, historja których łączy się zawsze z historją wielkich wojen. Lata 1919 i 1920, podczas epidemji tyfusu plamistego, pochłonęły kilkuset lekarzy, a znacznie więcej innego personelu sanitarnego. Ofiara życia w służbie zdrowia jest niemniej szczytną, niż na polu chwały, a ci, co tę ofiarę złożyli, zasłużyli na wdzięczność i pamięć narodu.

Pamięć tych licznych, znanych i nieznanych, bohaterów obowiązku jest najdroższą ich kolegom: lekarzom, sanitarjuszom, farmaceutom, pielęgniarkom; nic też dziwnego, że myśl wzniesienia pomnika służby zdrowia zrodziła się w świecie lekarskim. W Komitecie skupili się przedstawiciele całej Służby Zdrowia tak cywilnej jak i wojskowej, przedstawiciele wydziałów lekarskiego i farmaceutycznego Uniw. Warszawskiego, Naczelnej Izby Lekarskiej, Ubezpieczalni Społecznej, Związków i Towarzystw Lekarskich i Farmaceutycznych, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. w osobach:

Dr. Adamski Jan, Dr. Borzęcki Tadeusz, Dr Chodźko Witold, Dr. Czubalski Franciszek, Dr. Czarnocki Wilhelm, Dr. Eberhardt Maksymiljan, Dr. Falkowski Stefan, Mr. Filipowicz Wacław, Dr. Fronczak Franciszek (U. S. A.), Mr. Gessner Jan, Dr. Gilewicz Zygmunt, Dr. Gurbski Sta-

nisław, Dr. Gluziński Antoni, Mr. Herod Franciszek, Dr. Hubicki Stefan, Dr. Konopacki Mieczysław, Dr. Koskowski Bronisław, Koźmińska Michalina, Dr. Kawiński Jan, Dr. Kaliciński Wiktor (sekretarz), Dr. Kołłątaj Srzednicki Jan (przewodniczący), Dr. Michałowicz Mieczysław, Dr. Modrakowski Jerzy, Dr. Moszczeński Leon, Dr. Orzechowski Konrad, Dr. Owczarewicz Leon, Dr. Piestrzyński Eugenjusz, Dr. Raźniewski Zygmunt, Dr. Rouppert Stanisław, Dr. Rudzki Stefan, Dr. Rogalski Wojciech, Dr. Składkowski Sławoj, Mr. Sokolewicz Wacław, Dr. Szenajch Władysław, Dr. Szulc Gustaw, Mr. Szyszko Edmund, Hr. Tarnowska Michalina, Dr. Turski Antoni, Dr. Tubiasz Stanisław, Dr. Wernic Leon, Dr. Wroczyński Czesław, Wróblewski Antoni (skarbnik), Dr. Żembrzuski Ludwik, Dr. Zakliński Bohdan, Dr. Żmigród Bolesław.

Wspólnemi wysiłkami całego świata lekarskiego zebrano część potrzebnych funduszów. Dobrowolne opodatkowanie się lekarzy wojskowych, składki lekarzy cywilnych, opodatkowanie się farmaceutów, subwencje rządowe i banków, dały ogółem dotychczasowo sumę złp. 168.009,01. *Brakującą sumę około 50.000 zł.* złożą jeszcze niewątpliwie wszyscy członkowie Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, wszyscy lekarze, farmaceuci, sanitarjusze i pielęgniarki.

Pomnik stanie na jednym z placów Warszawy. Będzie ozdobą naszej stolicy i uwieczni wdzięczną pamięć za ofiarę życia bezimiennych bohaterów obowiązku, — ku pamięci przyszłych pokoleń członków Służby Zdrowia, — ku pokrzepieniu ducha w godzinę próby.

Roboty rzeźbiarskie pomnika ukończone będą jeszcze w bieżącym roku. Komitet zwraca się do wszystkich lekarzy cywilnych i wojskowych o wpłacanie składek na cele budowy pomnika, na konto P.K.O. Nr. 14.111 Biuro Komitetu mieści się w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, ul. Górnośląska 45 (dawniej Szpital Ujazdowski).

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

Dr. KAROL WEISS, Asystent II Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Wiedniu. Kierownik: Prymarjusz Dr. J. ZAFFRON. *Cardiazol w leczeniu gruźlicy płuc.* (Mitteilungen des Verbandes der kassenärtzlichen Vereine).

Autor poczytuje za jeden z najważniejszych czynników w leczeniu gruźlicy płuc, zwłaszcza daleko posuniętej, regulację krwiobiegu i oddychania. Lek, do tego przeznaczony, powinien działać pobudzająco na oddychanie, zarówno jak na krążenie krwi. Warunkom tym odpowiada

Cardiazol, stosowany na oddziale od lat kilku w wielu setkach przypadków.

Stany duszności, mniej lub więcej ciężkie, spostrzegane prawie stale w przebiegu przewlekłej, postępującej gruźlicy płuc, są bądź płucnego, bądź sercowego pochodzenia. U pacjentów z dusznością pochodzenia płucnego stosowany był Cardiazol serjami w ciągu 10 — 14 dni, codziennie po jednej, najwyżej po dwie ampułki podskórnie, przyczem powyższe dolegliwości prawie stale znikały lub słabły. Szczególnie godnem jest zaznaczenia, że jednorazowy zastrzyk, wykonany przed południem, nie tracił nic na działaniu po upływie kilku godzin, lecz, przeciwnie, działał w ciągu całego dnia, często nawet i w nocy.

Z pośród wielu takich spostrzeżeń przytoczymy pokrótce 2 przypadki:

Przypadek I: 55-letni pacjent kaszle od lat wielu z obfitą plwociną, od 2½ miesięcy ma ciągłą duszność. Gruźlica włóknistorozpadowa (głównie prawostronnie). Rozedma płuc. Zrazu stosowano camphor trit. i Ol. camphorat., wszakże bez wyraźnego skutku, poczem rozpoczęto leczenie zastrzykami Cardiazolu. Pod wpływem tego leczenia doznał pacjent trwałej istotnej ulgi tak dalece, że po 12 dniach można było zaniechać dalszych zastrzyków.

Przypadek II: 35-letni pacjent cierpi na kłucie pod lewą łopatką i dotknięty jest słabą, lecz ciągłą dusznością. Gęsto rozsiana włóknista gruźlica, rozedma płuc, nawrotowe zapalenia opłucnej. I w tym przypadku zdołano wkrótce usunąć całkowicie duszność codziennym podskórnym zastrzykiem Cardiazolu 0,1 g.

Znaczna część przypadków duszności w gruźlicy płuc polega na zaburzeniach ze strony serca, przeważnie będących wynikiem przerostu i rozszerzenia prawego serca (t. zw. Cor pulmonale). Przy istnieniu dekompensacji nieodzowne jest podtrzymanie mięśnia sercowego naparstnicą. Ponieważ wszelako tacy chorzy odznaczają się stosunkowo często nietolerancją względem naparstnicy, autor chętnie przepisuje w podobnych przypadkach Cardiazol, tembardziej, że, wobec konieczności stosowania takiego leczenia stale lub conajmniej przez czas dłuższy, uniko się w ten sposób kkumulacyjnego działania naparstnicy. Okazało się przytem, że najkorzystniej jest rozpocząć odrazu skombinowane leczenie naparstnicą z Cardiazolem (w razie potrzeby w połączeniu z jakimś rtęciowym środkiem moczopędnym).

W przebiegu leczenia odmą niektórzy chorzy zdradzali po każdem napełnieniu jamy opłucnej powietrzem, pomimo małych ilości wprowadzonego powietrza i ścisłej kontroli ciśnienia, częstoskurcz i lekką duszność. Przez zastosowanie mieszanej strzykawki, złożonej z 0,1 g. Cardiazolu i z 0,005 g. morfiny, podskórnie przed napełnieniem, udawało się prawie zawsze zmniejszyć te przykre sensacje. Również i stany za-

paści, występujące okresowo, w postaci wstrząsów, w przebiegu leczenia odmą Cardiazol usuwał wskutek swej szybkiej wchłanialności, przywracając prędko normalną szybkość serca i oddychania.

W samoistnej odmie piersiowej dochodzi dość często do groźnego odepchnięcia śródpiersia .Zastrzyk podskórny, złożony z 0,1 — 0,2 g. Cardiazolu i z 0,01 g. morfiny, dokonany jednocześnie z samoistnem wessaniem się powietrza, ewent kilkakrotnie w ciągu dnia, potęgował, jak się zdawało, na podstawie podmiotowej ulgi, doznanej przez pacjenta, wynik, jaki dawało wypuszczenie powietrza.

Niekiedy spostrzegano w pierwszych dniach po wycięciu nerwu przeponowego zwiększenie częstości tętna, przyczem pacjenci uskarżali się na kołatanie serca i niepokój, wskutek poprzecznego położenia serca, spowodowanego wzniesieniem się przepony ku górze. W przypadkach takich dawano chorym trzy razy dziennie po 20 kropel mieszaniny równych części Cardiazol — liquidum i Tinct. Valerianae.

Dawkowanie Cardiazolu w stosowaniu pozajelitowem wynosiło 0,1 — 0,3 g. dziennie; większe dawki dzienne okazały się zbędnemi Doustnie dawano 3 razy dziennie po 20 kropel. Przykrych objawów ubocznych, poza lekką bolesnością w miejscu ukłucia, nie spostrzegano.

——:o:——

Dr. N. LUESCHER. *Czopki z Cibalginą, doodbytniczy środek przeciwbólowy.* (Cibalgin - Suppoitiorien, rektales Analgeticum). Mntschr. f. Ohrenhk. u. Laryng. rok 1934, zeszyt 8.

Czopki z Cibalginą mają tę przewagę nad przyjęciem doustnem, że udaje się uniknąć chemicznego i mechanicznego podrażnienia przy połykaniu lekarstwa, co szczególnie jest ważne po usunięciu migdałów. Autor wypróbował czopki w klinice oto-laryng. Uniwersytetu Berneńskiego w przeszło 100 przypadkach, stwierdzając, że nadają się szczególnie po tonsillectomji, w połykaniu bolesnem i oddaje specjalnie duże usługi w praktyce dziecięcej. Dawka pojedyncza u dorosłych wynosi 0,5 Cibalginy, u dzieci 0,25 (małe dzieci nie nadają się do tego leczenia), w tych

też 2 dawkach znajdują się czopki w handlu*). Dawka wynosi 3 — 4 czopki. Na jelita nie wywierają żadnego wpływu, jedynie w razie zbyt silnej senności dawkę dzienną należy zmniejszyć.

Dr. med. W. Kurowski.

——:o:——

Dr. BORREY. *Kilka technicznych szczegółów, ułatwiających leczenie elektrycznością nadmiernego owłosienia.* (Sur quelques détails de technique facilitant le traitement électrique de l'hypertrichose). Le Concours Médical. Rok 1934, Nr. 47, str. 3274.

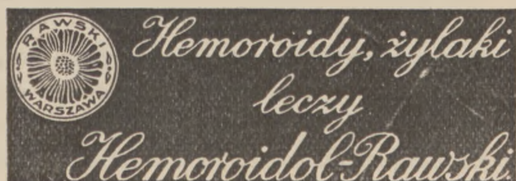
Epilacji przy pomocy termo-koagulacji towarzyszy ból różnego natężenia, u jednych osób słaby, u drugich tak silny, że rezygnować muszą z zabiegu. Znieczulenie miejscowe przez wstrzykiwanie jest niewspómierne w stosunku do celu, który ma być osiągnięty. Oziębienie chlorkiem etylu nietylko ułatwia następowe zakażenie, lecz powoduje także nerwobóle, samo zaś znieczulenie jest niepewne. Po licznych próbach mniej lub więcej nieudałych, autor zastosował Percainal „Ciba" z zupełnem powodzeniem. Sposób postępowania jest następujący: na pół godziny przed zabiegiem dokładne wtarcie tej maści na całej powierzchni skóry, która ma być poddana epilacji. Na początku zabiegu resztki maści zmywa się eterem i alkoholem. Od czasu stosowania maści perkainowej rzadko kiedy trzeba było zapisywać jakieś nervinum w rodzaju Cibalginy. W dalszym ciągu artykułu autor omawia odczyny skórne wywołane epilacją oraz sposoby zapobiegania zakażeniu.

——:o:——

M. OPPENHEIM *O doustnem leczeniu kiły stowarsolem.* (W. Kl. Woch. Nr. 32, 1934).

Stowarsol zawiera pięciowartościowy arsen i zbliżony jest swym składem do salwarsanu. Wskazania do podawania stowarsolu obejmują: 1. stosowanie zapobiegawcze u osób pozostających w kontakcie z osobnikami, choremi na kiłę. 2. leczenie kiły wrodzonej u osesków i małych dzieci, przyczem kojarzyć można stowarsol z bismuthoidolem i rtęcią. Wszyscy autorzy są zdania, że w tych przypadkach stowarsol jest bezkonkurencyjny, brak dotąd jednolitych poglądów co do dawkowania. 3. Leczenie kilaków zwłaszcza krtani i gardzieli w okresie rozpadu, uzyskać tu można zarówno poprawę ogólną jak i pomyślne wyniki miejscowe. przy-

*) W Polsce niema gotowych czopków w handlu. Można je zapisywać w receptach magistraliter. (Dop. tłum.)



czem należy stosować małe dawki celem uniknięcia odczynu Jarisch-Hexheimer'a pod postacią obrzęku głośni. 4. Leczenie kiłowego zapalenia tętnicy głównej i późnej kiły w różnych jej okresach rozwojowych. 5. Leczenie przypadków, w których istnieją przeciwwskazania do dostosowania neosalwarsanu bądź to ze względu na słabo wykształcone żyły, na stan narządu krążenia lub też na nadwrażliwość w stosunku do neosalwarsanu. Autor stosuje stowarsol w następujący sposób: osobnik dorosły otrzymuje w ciągu 3 dni 2 gr., I dnia — 0,5, II i III po 0,75, poczem zarządza się 3-dniową przerwę. Dawkę dzienną przyjmuje się jednorazowo naczczo, popija się wodą, w pół godziny później spożywa się śniadanie. Ze względu na łatwe występowanie odczynu Hexheimer'a, ujawniającego się u osobników z kiłą tętn. głównej pod postacią napadów dławicowych, u osobników zaś z wiądem rdzenia w postaci strzelających bolów, w przypadkach takich należy zmniejszyć dawkę dzienną, rozpoczynając od 0,05. Kuracja obejmuje tyle tabletek po 0,25, ile kilogramów waży osobnik leczony. Kuracja zapobiegawcza ma tylko wówczas znaczenie, gdy od czasu podejrzanego stosunku nie upłynęło więcej ponad 4—5 dni. W tych razach podaje się przez 3 dni naczczo po 3—4 tabletki, poczem po 3-dniowej przerwie można jeszcze jeden raz zastosować tę samą ilość.

W kile wrodzonej u osesków rozpocząć należy od małych dawek 0,01 pro dosi. U dzieci leczonych stowarsolem spostrzega się znaczny przybytek na wadze, ujawniający się także u dzieci niekiłowych. Przy leczeniu stowarsolem wystąpić mogą wykwity skórne pod postacią rumienia lub pokrzywki; wówczas należy leczenie przerwać. Ze spostrzeżeń autora wynika, że stowarsol jest b. skutecznym środkiem przeciwkiłowym, posiadającym tę przewagę nad salwarsanem, że jest mniej toksyczny i że stosuje się go doustnie.

Dr. Zalcman.

——:o:——

E. SCHLIEPPAKE. *O leczeniu chorób wewnętrznych djatermją krótkofalową.* (W. Kl. Woch. Nr. 41, 1933).

Djatermja krótkofalowa daje doskonałe wyniki w leczeniu czyraków;

w 300 leczonych przypadkach wyleczenie następowało przeciętnie po 4½ dniach. Również karbunkuły o dużych rozmiarach znakomicie reagowały i ulegały wyleczeniu w względnie krótkim czasie. Również i w zastrzałach po paru dniach następowało wyleczenie, w żadnym przypadku poddanym djatermji krótkofalowej nie doszło do zabiegu operacyjnego. Pozatem stosował autor tę metodę leczniczą z doskonałym wynikiem w ropniach płuc, ropniakach opłucnej, ropniach międzypłatowych i przewlekłych zapaleniach płuc. We wszystkich przypadkach ropni płuc w liczbie 10 nastąpiło wyleczenie, czas trwania leczenia wahał się od 3—6 tygodni. W krótkim czasie ujawniła się poprawa samopoczucia, ciepłota opadła, wydzielina ropna ustępowała miejsca śluzowej, w przypadkach zgorzeli po 5—6 djatermjach znikał przykry cuchnący zapach plwociny. Łaknienie poprawiło się, ujawniał się przybytek na wadze. Również i seryjnie wykonywane zdjęcia rentgenologiczne wykazywały cofanie się ropnia. Naciek w otoczeniu ropnia stopniowo się zmniejszał, zgrubiała ściana ropnia, stawała się coraz cieńszą i wreszcie zamiast ropnia stwierdzało się powrózkowate smugi. Na 12 leczonych krótkiemi falami przypadków zapalenia szpiku kostnego w 10 nastąpiła znakomita poprawa. Pod wpływem djatermji zostało przyspieszone odgraniczenie martwaków, przyczem podkreślić należy, że w niemal wszystkich przyp. sprawa chorobowa trwała już szereg lat i mimo to do wytwarzania się martwaków nie dochodziło. Pomyślne wyniki otrzymał także autor w stanach angiospastycznych a zwłaszcza przy rozpoczynającej się zgorzeli na tle miażdżycowem, w dławicy piersiowej i w migrenie.

Dr. Zalcman.

——:o:——

W. NISSEN. *„Stwardnienie pierwotne wyglądające jak rak"*. (Zentralblatt für Gynäkologie J. 1934 Nr. 32).

Pacjentka lat 43, rodziła 4 razy, roniła 2 razy, ostatnio przed 19 laty. Zgłasza się z powodu dokuczliwych zmieszanych z krwią, żółtych cuchnących upławów, trwających od 20 dni.

Badaniem stwierdza się na części pochwowej guz wielkości mandarynki z owrzodzeniami, nieco krwawi przy badaniu. Macica normalnej wielkości, przydatki i przymacicze wolne. Rozpoznano raka części pochwowej — przypadek nadający się do operacji wobec braku wszelkich nacieczeń.

Ponieważ przy dokładniejszem badaniu zauważono w okolicy sromu wysypkę, dano krew do zbadania na odczyn Wassermana. Próba wypadła wybitnie dodatnio. Chorą poddano kuracji przeciwkiłowej. Już w czasie kuracji prawie zupełnie zniknęły krwawe odchody. Po skończeniu kuracji zbadano chorą ginekologicznie i badanie wykazało, że guz zniknął zupełnie.

Stało się jasnem, że nie był to rak, lecz stwardnienie pierwotne, lub rozpadający się kilak.

Po bardzo usilnem wypytywaniu pacjentka przyznała się, że przed rokiem zakaziła się kiłą, rozpoczęła nawet kurację, ale przerwała ją po 2 czy trzech wstrzykiwaniach. W wycieku z guza części pochwowej znaleziono krętki blade.

Dr. Halina Szenicer

——:o:——

Dr. D. EISENSTAEDTER. *„O wczesnem rozpoznaniu ciąży pozamacicznej“*. (Zentralblatt für Gynäkologie 1934 J. Nr. 45).

W ciągu wielu lat autor zauważył co następuje: że jeżeli przy badaniu ginekologicznem znajduje jednostronny guz przydatków, a macicę przesuniętą w stronę przeciwną, mimo, że nie jest to spowodowane, ani wielkością guza, ani zmianami narządów rodnych i przy odpowiednim wywiadzie możemy z dużem prawdopodobieństwem podejrzewać ciążę pozamaciczną. Przy sprawach zapalnych z guzami tej samej wielkości, a nawet większemi przesunięcia nie mógł autor stwierdzić napewno.

Autor nie podawał swego spostrzeżenia do ogólnej wiadomości, aż udało mu się rozpoznać (na zasadzie wyżej wymienionego objawu) 3 — 4 tygodniową ciążę w trąbce niepękniętą. Żadnego krwawienia do jamy brzusznej nie było. Pacjentka lat 21 nie rodziła, roniła dwa razy, żadnych spraw zapalnych nie przechodziła. Miesiączkuje prawidłowo co 4 tygodnie 8 dni. Ostatnia miesiączka 1.XI, trwała 5 dni; od tego czasu lekko krwawi, częściej odchodzą charakterystyczne strzępy. Stan ogólny dobry, temperatura normalna, tętno 84 na min. Badaniem ginekologicznem stwierdza się: macicę niepowiększoną, w przodozgięciu, przesunięta na lewo. Po stronie prawej obok macicy znajduje się guz mniejszy od jaja kurzego, odpowiadający jajowodowi, konsystencji ciastowatej. Sklepienia wklęsłe. Odchody krwawe. Rozpoznano ciążę w prawym jajowodzie, niepękniętą.

23.XI. Zabieg operacyjny, po otwarciu jamy brzusznej znaleziono

zgrubiały prawy jajowód, zwłaszcza w części bańkowej, trochę krwawi usunięto ciężarny jajowód.

Przebieg pooperacyjny gładki.

Mikrospokowo: znaleziono jaja w części bańkowej jajowodu.

Dr. Halina Szenicer.

——:o:——

VERMELIN et A. GUILLEMIN. *„Poronienie trąbkowo-brzuszne“*. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris Nr. 7. 1934 rok).

Ciąże pozamaciczne kończą się przeważnie pęknięciem trąbki; trąbka rozdęta pęka, powodując krwotok mniej lub bardziej obfity. Prócz takiego zakończenia najczęstszego zdarza się czasem tak, że na powierzchni przyczepu łożyska powstaje wylew, który odkleja całkowicie lub częściowo jajo, powodując krwotok.

Rozwój wypadków może przedstawiać się następująco:

Obfitość krwiotoku wywołuje wtórne pęknięcie trąbki;

2. Trąbka nie pęka, jajo pozostaje w jamie trąbki, jest zatrzymane w trąbce.

3. Jajo zostaje wciągnięte ku macicy — jest to poronienie trąbkowo-maciczne.

4. Jajo podąża w kierunku brzucha, wpada do jamy brzusznej — jest to poronienie trąbkowo-brzuszne.

Przypadek: kobieta 1 25, wieloródka, zgłasza się spowodu zatrzymania miesiączki od 4 miesięcy. Od krótkiego czasu plami, kilka dni temu poczuła gwałtowne bóle.

Badaniem stwierdza się: ciepłota i tętno prawidłowe, brzuch wzdęty, obrona mięśniowa. Badaniem ginekologicznem stwierdza się macicę powiększoną, nieodpowiadającą 4-em miesiącom ciąży. Sklepienia miękkie, szyja rozpulchniona, przydatki niewyczuwalne. Badanie bardzo bolesne.

Pacjentka poddała się zabiegowi operacyjnemu; w czasie operacji stwierdzono prawy jajowód normalny, lewy niepęknięty, nieco rozdęty przy ujściu brzusznem, w brzuchu pełno krwi. Zatoka Douglasa wypełniona skrzepami, wśród których znaleziono jajo płodowe. Jajowód usunięto.

Był to przypadek poronienia do jamy brzusznej.

Dr. Halina Szenicer.

——:o:——

OTTO KONDERS. *Nowe doświadczenia w leczeniu padaczki.* (Wien. Klin. Woch. 1935, Nr. 5).

Leczenie padaczki zależnie od dokładnej oceny przypadku może być:

1. farmakologiczne,
2. dietetyczne,
3. operacyjne.

Farmakologiczne leczenie padaczki często daje niezłe wyniki. Poza podawaniem bromu i luminalu opisano pomyślne rezultaty kojarzenia luminalu z beladonną lub piramidonem względnie z kofeiną. *Laignal-Lavastine* poleca stosowanie gardenalu i rutonalu. W stanach padaczkowych (status epilepticus) pomyślne wyniki, zdaniem angielskich i francuskich autorów, udaje się uzyskiwać zapomocą wstrzykiwań acetylcholiny.

W leczeniu dietetycznem należy uwzględnić głodówkę, dietę suchą (odwadnianie) i dietę ketogenną.

W przypadkach alergicznych pomyślne rezultaty uzyskać można na drodze odczulenia. Nie wykorzystano jeszcze należycie pozajelitowe wprowadzenie białka, leczenie szczepionkami i gorączką.

Leczenie operacyjne wymaga bardzo starannego doboru przypadków.

Dr. Kiciński.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH

Komunikat informacyjny Nr. 123

(styczeń 1935 r.).

Niema w Polsce ani katedry ani docentury higjeny pracy!

We wszystkich państwach podjęto obecnie sprawę reformy studjów lekarskich. Dyskutuje ją również Sekcja Higjeny Ligi Narodów. Konieczność reformy wynika z postępu nauki lekarskiej, która stworzyła ogromny już dziś dział profilaktyki zapobiegania chorobom, niedość dotychczas uwzględniony w programach studjów na wydziałach lekarskich. Lekarz, który wychodzi z dzisiejszego uniwersytetu, jest niedostatecznie obznajmiony z tym nowym kierunkiem walki z chorobami.

Według opinji wielu fachowców stosunkowo najnowocześniej zorganizowane jest studjum lekarskie w Rosji. Młode uniwersytety sowieckie posiadają bardzo rozbudowany dział profilaktyki. M. inn. uwzględ-

niono w nich szeroko ważny dział higjeny pracy. Przy większości uniwersytetów jest specjalna katedra, poświęcona tej gałęzi nauki. Personel takiej katedry składa się z 3-ch profesorów zwyczajnych i większej liczby asystentów. Ponadto istnieje w Rosji kilkanaście instytutów naukowych, poświęconych medycynie pracy.

Ostatnio powstały również podobne instytuty w Anglji i w Niemczech. Nadto wszystkie większe uniwersytety tworzą nowe katedry i docentury higjeny pracy, aby przystosować się do nowych wymagań życia i nauki.

W Polsce sprawa reformy studjów lekarskich jest również aktualna. Wypowiadają się na ten temat w prasie fachowej liczni profesorowie. Podnosi się przytem zupełny brak personelu naukowego do objęcia nowych katedr higjeny. Np. w całej Polsce jest *tylko jeden docent higjeny*, niema zaś żadnej katedry *ani docentury higjeny pracy*. Istnieje jedynie w Warszawie, przy Państwowym Zakładzie Higjeny, mały oddział higjeny pracy, zatrudniający trzy osoby personelu naukowego.

Jak na całą Polskę, jest to, naprawdę, niewiele...

Stan ten jest groźny zarówno dla przyszłości nauki polskiej, jak i przedewszystkiem dla stanu zdrowia publicznego.

TREŚĆ:

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9 67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.